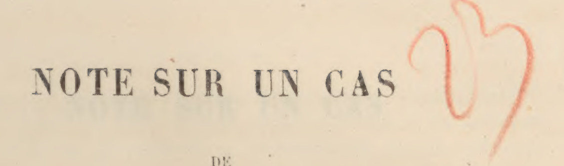


NOTE SUR UN CAS

DE

CYSTICERQUE LADRIQUE

INTRA-OCULAIRE

PAR

Le Dr A. SICHEL Fils

PARIS

LIBRAIRIE DE G. MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1872

EXTRAIT DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

(11 janvier 1872, nº 2.)

NOTE SUR UN CAS
DE
CYSTICERQUE LADRIQUE
INTRA-OCULAIRE

Le cysticerque ladrique (*cysticercus cellulosæ Rudolphi*) dans l'organe de la vue est un fait assez rare en France. Mais de tous les points de cet organe qu'il peut occuper, le corps vitré est sans contredit celui où on l'a observé le moins souvent.

D'autre part, jusqu'à ce jour, cet entozoaire, sans doute à cause de sa grande rareté, n'a jamais été, que je sache, extrait en France, entier et vivant, des parties profondes de l'œil.

Ayant eu tout récemment le rare bonheur de pratiquer cette opération à ma clinique, je profitai avec empressement de l'offre gracieuse de M. le docteur Giraud-Teulon, qui a bien voulu me proposer d'en faire l'objet d'une communication à la Société de chirurgie (1), heureux et fier de voir ce cas paraître intéressant à un homme si éclairé et si compétent en pareille matière. Qu'il me soit permis de lui en témoigner ici publiquement mon entière et vive gratitude.

Mais, avant de donner l'observation du cas dont il s'agit, nous devons faire en quelques mots l'historique de la question.

Avant la découverte de l'ophthalmoscope, on connaissait déjà les entozoaires de l'organe de la vue. Mon père a publié plusieurs mémoires sur ce sujet, et notamment, dans son ICONOGRAPHIE OPHTHALMOLOGIQUE (section XXXVI, § 805 à 812, obs. 248 à 251, pl. LXXII), il a donné le résumé des connaissances médicales à cet égard, pour la période que j'appellerai volontiers *préophthalmoscopique*.

(1) Séance du 27 décembre 1871.

Cet entozoaire ayant déjà été observé dans presque toutes les parties de l'œil ou dans ses annexes, la découverte de l'ophthalmoscope devait évidemment permettre, tôt ou tard, de l'apercevoir dans les parties profondes de l'œil.

C'était à feu l'illustre de Graefe qu'était réservé cet honneur, et en 1854, il publiait, dans ses Archives d'ophthalmologie, tome I, 1re partie, p. 457, un mémoire sur le cysticerque dans la rétine, et il annonçait en même temps la découverte qu'il venait de faire d'un cysticerque du corps vitré, cas dont il laissa à son chef de clinique Liebreich le mérite de la publication, dans le fascicule suivant du même recueil (*Arch. f. ophth.*, vol. I, 2e partie, p. 343). Ces deux publications étaient accompagnées chacune d'un dessin.

La terminaison fatale des différents cas qu'il venait d'observer, les douleurs souvent intolérables éprouvées par les malades, et les dangers que le développement possible d'une ophthalmie sympathique sur l'œil sain leur faisait courir, éveillèrent bientôt dans l'esprit de ce grand génie l'idée d'éloigner la cause de ces phénomènes fâcheux. Il résolut donc l'extraction de l'entozoaire dès que l'occasion s'en présenterait de nouveau.

Elle ne se fit pas longtemps attendre. Aussi, voyons-nous, deux ans plus tard, de Graefe rapporter, dans le tome III, 2e partie, page 312 de ses Archives, l'histoire de l'extraction, faite par lui avec succès, d'un cysticerque flottant librement dans le corps vitré.

La guérison marcha sans encombre, et la vue du malade s'améliora légèrement.

Néanmoins, l'extraction du parasite, qui avait été faite par la sclérotique au moyen d'une très-petite plaie pratiquée à l'aide d'une large aiguille à cataracte, par laquelle on avait introduit une pince capsulaire de mon père, avait, d'une part, présenté de grandes difficultés du manuel opératoire et avait, en outre, eu l'inconvénient d'être cause de la dilacération de la vésicule caudale du cysticerque.

L'année suivante, un nouveau cas se présenta à son observation, et comme la vue, quoique sensiblement altérée, était encore en grande partie conservée, de Graefe songea à procéder par une autre voie à l'extraction de l'animal.

Voici comment il rendit compte de l'opération, dans le tome IV, 2e partie, p. 171, de son recueil. Il pratiqua d'abord une iridectomie en bas, qui permit de voir l'animal à l'œil nu et à la lumière naturelle. Un mois plus tard, il fit l'extraction du cristallin transparent, par kératotomie inférieure.

Enfin, six semaines après, extraction du cysticerque intact, par une plaie linéaire faite à la cornée, et à l'aide d'une pince à pupille artificielle ordinaire.

La même année, 1858, au mois d'octobre, pendant son séjour à Paris, de Graefe nous montra ce cysticerque, et, si je ne m'abuse, il le présenta à la même époque à la Société de chirurgie.

La vue du malade, sensiblement altérée, s'améliora beaucoup à la suite de l'opération, et lui permit de se conduire facilement, de reconnaître sans peine les gros objets avec une lentille biconvexe de quatre pouces de foyer, et de lire avec un verre 2 1/2 le n° 14 des échelles de Jæger.

Enfin, en 1863, dans un mémoire sur l'extraction des corps étrangers intra-oculaires (*Arch. f. ophth.*, t. IX, 2e partie, p. 84), de Graefe, reconnaissant que, somme toute, il est rare que la présence du cysticerque dans le corps vitré n'amène pas, tôt ou tard, des désordres graves dans l'œil qui le porte, et que les plus grands dangers résultaient de la possibilité de l'ophthalmie sympathique sur l'autre œil, donne le conseil de procéder à l'extraction de l'entozoaire *par la sclérotique*, à travers une large plaie faite à cette membrane ; il fait remarquer qu'on est d'autant plus autorisé à une semblable opération, que la seule crainte qu'il y ait, est de voir l'œil opéré devenir phthisique, soit de prime-abord, par suite d'une panophthalmite, soit petit à petit, par désorganisation progressive. Or, dit-il, la phthisie du globe étant toujours la terminaison fatale spontanée dans ces cas, il vaut mieux risquer de la provoquer tout de suite et au moins préserver l'autre œil des suites funestes qu'y pourrait amener l'irritation chronique entretenue par le cysticerque.

De Graefe, depuis lors, fit à plusieurs reprises l'extraction de semblables entozoaires. Mais, par un fâcheux hasard, bien que ces cas se présentassent assez souvent à sa clinique, je n'eus pas l'occasion d'en observer un seul pendant les séjours que je fis chez lui, en 1860 et en 1866-1867.

Dans notre pays, je n'ai eu connaissance que de trois cas de cysticerque : un que j'observai en 1858 à l'hôpital Necker, dans le service de mon cher et regretté maître Follin ; un autre dont mon excellent confrère M. Trélat a bien voulu m'entretenir ; enfin, un troisième que M. le docteur Meyer m'a dit avoir observé pendant un certain temps à sa clinique.

Dans ma pratique, pas plus que dans celle de mon père, malgré l'observation attentive d'un grand nombre de malades, je n'ai jamais eu occasion d'en voir un seul.

Depuis lors, à l'étranger, surtout en Allemagne, où les cas de ce genre sont particulièrement fréquents, bon nombre de cysticerques ont été observés dans le corps vitré, et extraits de ce milieu.

Voici maintenant le cas qu'il vient de m'être donné d'observer :

Observation. — La nommée Léocadie L..., âgée de trente-huit ans, couturière, domiciliée à Bastide-Clérence, département des Basses-Pyrénées, n'avait jamais été sérieusement malade, lorsque, le 22 avril dernier, elle fut prise subitement d'un malaise général, s'accompagnant de sueurs froides et de tremblement dans tous les membres qui l'obligèrent à se mettre au lit.

Le lendemain, son état s'était légèrement amélioré, mais elle ressentait encore, principalement du côté gauche, un violent mal de tête et une douleur oculaire semblable à celle que lui aurait fait éprouver un coup de bâton sur l'œil gauche.

Cet état se maintint ainsi une quinzaine de jours, pendant lesquels se manifestèrent des symptômes de dysménorrhée qui n'ont pas disparu depuis.

En même temps, sa vue, qui avait toujours été très-bonne jusque-là, diminua peu à peu dans l'œil gauche, dans lequel se montrèrent en même temps des photopsies et des mouches volantes. La paupière correspondante devint lourde au point de ne pouvoir plus être soulevée. Le médecin consulté à cette époque fit appliquer des sinapismes aux bras et à la nuque, et des compresses froides sur l'œil. Ces moyens parurent diminuer la douleur hémicrânienne, mais furent sans influence aucune sur les troubles oculaires.

Depuis cette époque, l'état de la malade allant continuellement en empirant, elle se décida à aller consulter un spécialiste à Bordeaux. Ce dernier prescrivit un traitement antiphlogistique énergique et prolongé, qui n'amena aucun changement dans la vue de la malade. Bien au contraire, sa position s'aggravant de jour en jour, et sa santé générale allant sans cesse en s'altérant davantage, elle se décida à venir à Paris, où elle vint nous consulter le 13 novembre dernier.

La vue de l'œil gauche est complétement abolie ; l'iris n'exécute aucun mouvement spontané sous l'influence de la lumière. Les contractions sympathiques de la pupille sont lentes et paresseuses.

L'ophthalmoscope révèle ce qui suit : Le cristallin est transparent ; l'éclat rouge du fond de l'œil est considérablement voilé, et, à l'image droite, on aperçoit nettement, dans la partie inféro-interne, le flottement d'une membrane grisâtre, parcourue par quelques vaisseaux foncés et tortueux. Tout le corps vitré est trouble, de sorte qu'il est impossible d'apercevoir les détails du fond de l'œil, et que c'est à peine si l'on entrevoit la papille.

Dans la portion inférieure du corps vitré, on voit un amas d'opacités filamenteuses et membraneuses, très-peu mobiles dans l'organe. En arrière de ces opacités, la rétine soulevée ne peut flotter à l'aise, comme elle le fait dans les autres parties du décollement.

La pupille ayant été dilatée par l'atropine, je procède à l'examen par l'image renversée, qui confirme les lésions que nous venons de décrire mais n'en révèle aucune autre.

On écrit donc sur le journal de la clinique le diagnostic suivant : « Ancien décollement de la rétine ; nombreuses opacités du corps vitré ; cause déterminante inconnue. » Et l'on conseille à la malade un traitement légèrement dérivatif, en lui recommandant de venir le samedi suivant.

Elle revient, en effet, le 18 novembre. La dilatation de la pupille par l'atropine persiste. Les opacités membraneuses et filamenteuses du corps vitré ont encore perdu de leur transparence, mais le décollement n'a pas augmenté. On recommande l'application de trois petits vésicatoires volants au front et à la tempe, à trois ou quatre jours d'intervalle.

La malade revient le 25 novembre ; elle présente tous les signes d'une ophthalmie interne d'une extrême violence. Nombreuses adhérences de l'iris à la cristalloïde antérieure ; la malade se plaint en même temps de douleurs intolérables dans toute la région temporo-frontale, qui l'empêchent de reposer la nuit et ne se calment même que fort peu dans le courant de la journée.

L'œil est le siége d'une violente injection conjonctivale confluente, qui se répercute même sur l'épisclère ; on aperçoit sur cette dernière de nombreux vaisseaux gorgés et tortueux, d'une coloration foncée, violacée, bleuâtre. En même temps, bien que cet œil fût absolument insensible à la lumière, la malade était tourmentée par une violente photophobie, évidemment réflexe, et qui se manifestait sur l'autre œil d'une manière sympathique ; en même temps, on constatait un abondant écoulement de larmes âcres et brûlantes, qui obligeaient la patiente à avoir constamment son mouchoir près de l'œil. La pupille était étroite, déchiquetée, frangée et agglutinée à la cristalloïde antérieure par de nombreuses synéchies.

En même temps, la pupille de l'autre œil était resserrée, et il n'était pas douteux que nous avions devant nous tous les symptômes d'une violente irido-choroïdite.

La pensée me vint donc aussitôt que le décollement de la rétine constaté antérieurement était sans doute symptomatique d'une tumeur intra-oculaire, prenant probablement son point de départ dans la choroïde. Il pouvait se faire, pensai-je, que nous eussions là sous les yeux un sarcome de la choroïde, qui, arrivé à un certain développement, avait provoqué, comme il arrive d'ordinaire, des symptômes glaucomateux. Je cherchai donc à me rendre compte du degré de tension du globe oculaire, et j'en fis la palpation aussi délicate que possible. Mon étonnement fut grand lorsque, au lieu de sentir le globe résistant, fortement tendu et dur, je constatai une diminution sensible de la tension intra-oculaire, que je noterai par $T_{\sim}^{-2}$ (Bowmann). La pensée me vint aussitôt qu'il pourrait bien se faire que les phénomènes actuels fussent dus à la présence d'un cysticerque intra-oculaire, qui, développé primitivement derrière la rétine, avait donné lieu d'abord au décollement de celle-ci, puis, au moment où il avait perforé la rétine, avait déterminé les violentes douleurs dont se plaignait la malade. J'avais d'ailleurs entendu de Graefe,

dans une de ses leçons cliniques, émettre semblable hypothèse, dans un cas analogue.

Cependant, le doute étant permis, je conseillai à la malade les instillations fréquentes d'atropine, de façon à tâcher de rompre les adhérences de l'iris à la capsule du cristallin. Je lui conseillai en même temps de revenir 3 ou 4 jours plus tard, afin de pouvoir agir aussi promptement et aussi sûrement que les symptômes l'exigeraient. En même temps je conseillai aussi un liniment belladoné, des badigeonnages avec la teinture d'iode morphinée, des transpirations abondantes par l'air chaud, et enfin des frictions, sur différentes parties du corps, avec l'onguent napolitain (cure d'inonctions).

La malade se représente le 29 novembre... Ce ne fut pas sans satisfaction que je constatai ce qui suit : La pupille était ronde, noire et dilatée *ad maximum;* l'injection conjonctivale avait complétement disparu, l'écoulement des larmes avait cessé, plus de traces de photophobie, aucunes douleurs. A la palpation, l'œil montrait sa tension normale, T^n. L'éclairage oblique faisait voir sur la cristalloïde antérieure sept à huit petits agrégats pigmentaires disposés sur une ligne brunâtre circulaire, marquant l'emplacement qu'occupait la pupille pendant la période aiguë de l'irido-choroïdite, dont nous avons indiqué la présence tout à l'heure. Je procédai alors à un nouvel examen ophthalmoscopique à l'aide du miroir simple, sans lentille biconvexe, et ne me servant du miroir que comme d'une simple source lumineuse, afin de m'assurer si des changements s'étaient opérés dans l'état du corps vitré. Je fis donc diriger le regard de la malade directement vers moi. Je constatai l'éclat gris du fond de l'œil précédemment décrit et le flottement lointain et nuageux du décollement de la rétine; puis je fis regarder la malade en bas, tenant toujours le miroir de la main droite, pendant qu'à l'aide du pouce de la main gauche je relevais la paupière supérieure. Au moment où l'œil arrivait au bas de sa course, et où il s'arrêtait dans sa rotation, je vis passer au côté interne de la pupille un petit corps blanc, allongé, opalescent, réfléchissant fortement la lumière, et mesurant environ 3 millimètres de long sur 1 et 1/2 de large. Ce corps blanc était visiblement terminé par un petit renflement d'environ 1 millimètre de diamètre. Je supposai immédiatement que ce devait être le col et la tête d'un cysticerque dont la vésicule m'était cachée par l'iris. Voulant à toute force voir l'animal en entier, je fis exécuter de nouveau à la malade les mouvements suivants du globe oculaire : 1° Directement en haut, position dans laquelle je ne pus rien voir. 2° Directement vers moi; même résultat négatif. 3° Directement en bas. Au moment où l'œil arrivait au terme de son mouvement, l'animal m'apparut de nouveau, cette fois en entier, et je pus voir la tête, le col et la vésicule aussi distinctement que cela est représenté dans l'iconographie ophthalmologique de mon père (pl. LXXII, fig. 6). La tête était directement en haut, le col et le corps allongés, la vésicule en bas. Pendant que je l'observais, l'animal exécutait de légers mouvements de flexion du cou, en même temps qu'il descendait dans le champ pupillaire, absolument comme un ludion renversé. (Voy. fig. 1.)

Mes présomptions se transformaient dès lors en certitude, et je fis

constater la présence de l'animal à M. Gros, mon chef de clinique. Au moment où ce dernier fit l'examen, le cysticerque avait changé de place et d'aspect; il était maintenant dans le quart inféro-interne du corps vitré; la vésicule était tournée vers le centre du globe, le cou, directement dirigé en dehors et plié à angle droit, dans sa partie moyenne, de sorte que la tête était tournée en bas.

Quand M. Gros eut terminé son examen, et après avoir laissé reposer la malade quelques instants, j'essayai de nouveau d'examiner l'entozoaire. Mais cette fois il me fut impossible de le trouver; seulement, quand la malade regardait tout à fait en bas, pendant que de mon côté je dirigeais le reflet du miroir et mon regard directement de haut en bas, j'apercevais au centre de l'opacité membraneuse existant dans la portion inférieure du corps vitré et précédemment décrite, un point plus brillant, blanchâtre, qui était sans doute le cysticerque, passé maintenant derrière les fausses membranes hyaloïdiennes. Nous laissâmes de nouveau reposer quelques minutes la malade et nous fîmes un troisième examen. Cette fois, nous vîmes très-nettement l'entozoaire traverser le champ pupillaire. Sa position était encore modifiée, la vésicule était en arrière, le cou en avant, replié à angle droit, de sorte que la tête était tournée en bas.

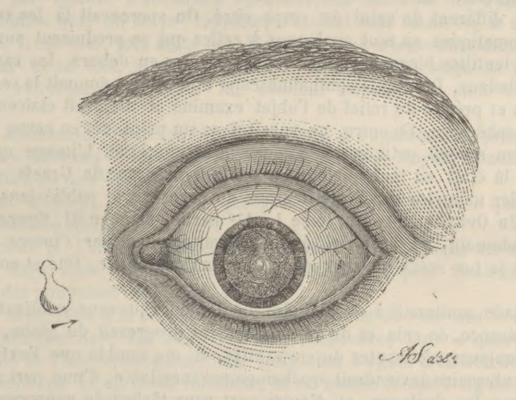


FIG. 1.

N'ayant plus le moindre doute sur le diagnostic, j'en fis part à la malade, et l'engageai à revenir tous les jours afin de pouvoir suivre attentivement ce cas si intéressant.

Le lendemain je cherchai de nouveau, à plusieurs reprises, à apercevoir l'entozoaire; mes tentatives restèrent en partie inutiles ; je ne pus l'apercevoir qu'une seule fois, il était placé dans la portion inférieure directe du corps vitré. La tête et le cou étaient invaginés ; on n'apercevait qu'un petit corps sphéroïde, blanchâtre, présentant un point central

d'un blanc nacré très-éclatant. Sur la figure de l'Iconographie de mon père, précitée, on peut voir, du reste, un cysticerque représenté exactement dans cette attitude.

J'essayai alors l'examen par l'image renversée. Mais le miroir de Coccius dont je me sers de préférence habituellement, ne donnant pas assez de lumière, je fis appel à l'excellent instrument de notre savant confrère Giraud-Teulon. Il me fut possible, dès lors, d'apercevoir dans le corps vitré, à peu près à égale distance du pôle postérieur du cristallin et du décollement rétinien, un corps globuleux dont le centre laissait passer la lumière, mais dont les bords donnaient lieu à une décomposition spectrale des rayons lumineux, ce qui attestait d'une façon certaine qu'ils traversaient là un milieu réfringent d'un indice de réfraction sensiblement différent de celui du corps vitré. On apercevait là les irisations chromatiques en tout analogues à celles qui se produisent sur les bords des lentilles biconvexes, les rayons rouges en dehors, les rayons bleus en dedans. De plus, l'ophthalmoscope binoculaire donnait la sensation nette et précise du relief de l'objet examiné et montrait clairement sa forme sphérique. En outre, on voyait dans un point de ce corps globuleux, un second petit corps d'apparence sphérique. L'image qu'on observait là était en tout analogue à celle figurée par de Graefe, dans son premier mémoire sur le cysticerque du corps vitré, publié dans son ARCHIV FÜR OPHTHALMOLOGIE, tome I, 1re partie, planche III, figure 3.

Le lendemain, je procédai à un nouvel examen par l'image renversée, et je fus assez heureux pour voir l'animal entier, tête et col allongés.

La malade continuait à se plaindre de douleurs presque intolérables, et en présence de cela et du ramollissement progressif du globe, des opacités toujours croissantes du corps vitré, il me sembla que l'extraction de l'entozoaire deviendrait prochainement inévitable, d'une part pour faire cesser les douleurs, et d'autre part pour tâcher de conserver au moins la forme du globe. Je dois faire remarquer du reste que je n'eus pas un seul instant la pensée que l'opération pourrait avoir pour résultat le rétablissement même partiel de la vue ; je recommandai de nouveau à la malade une extrême exactitude dans ses visites, afin que dès que, pour une raison ou pour une autre, je saisirais l'indication formelle d'une intervention chirurgicale, nous puissions avoir recours à l'opération.

La malade se présenta pendant toute une semaine consécutive à ma clinique, et je pus faire observer aux étudiants et aux médecins qui me font l'honneur de la fréquenter, l'entozoaire sous ses différents aspects et à l'aide d'instruments variés. Je dois particulièrement faire mention ici de l'excellent ophthalmoscope de démonstrations du docteur Burke, du Havre, qui me permit, grâce à la grande quantité de lumière qu'il projette, de faire voir à tous mes auditeurs le cysticerque dans ses diverses attitudes.

Le samedi 9 décembre, la malade se présenta à ma clinique, je l'observai à plusieurs reprises. Je la questionnai au sujet des douleurs. Elle me répondit que rien depuis cinq à six jours n'avait éveillé son attention. Je la renvoyai donc au lundi suivant, lui recommandant seule-

ment les instillations d'atropine, en prévision d'une nouvelle attaque d'irido-choroïdite.

Le lundi 11 décembre, à mon arrivée à la clinique, je trouvai la malade en proie à d'atroces souffrances, depuis la veille à midi. La conjonctive était de nouveau rouge et injectée, le larmoiement avait reparu, des douleurs atroces régnaient dans la tempe, la joue, le front, en un mot dans toute la moitié gauche de la tête.

Bien que j'eusse préféré retarder encore de quelque temps l'extraction de l'entozoaire, afin d'attendre autant que possible son enkystement, ce qui eût rendu la manœuvre infiniment plus facile, je crus devoir me décider à l'opération, afin de débarrasser la malade de ses souffrances, et aussi par crainte d'accidents sympathiques du côté de l'autre œil, symptômes qui, on se le rappelle, s'étaient déjà montrés, à un faible degré, il est vrai, lors de la précédente attaque d'irido-chroïdite.

Pour cette fois, je me contentai de m'assurer du siége de l'animal, et je renvoyai la malade, lui donnant rendez-vous pour le lendemain.

Le lendemain, 12 décembre, je procédai à l'opération en présence de MM. les docteurs Giraud-Teulon, de Wecker, Ed. Meyer, Bouchez et de plusieurs de mes élèves.

Tout d'abord, je dois dire quelques mots de la méthode que je me proposais de suivre.

Comme je l'ai dit, le cysticerque était situé presque au centre du corps vitré, mais plutôt dans sa partie inférieure ; pour l'extraire, deux procédés pouvaient être suivis :

Ou bien, faire à la sclérotique et dans le sens de l'un des méridiens, une ponction avec un large couteau lancéolaire, dans le quart inféro-externe de l'hémisphère antérieur du globe, à égale distance du muscle droit externe et du droit inférieur, et en même temps à égale distance de la région ciliaire et de l'équateur. J'eusse obtenu ainsi une plaie longue de près de 1 centimètre, et par laquelle des pinces ou tout autre instrument auraient pu être introduits facilement dans le globe. C'était une manœuvre que j'avais jadis vu mettre en pratique par mon père, pour l'extraction de certaines cataractes secondaires extrêmement dures et résistantes, et qui ne pouvaient être déchirées à l'aiguille.

Ou bien, d'autre part, on pouvait également avoir recours au procédé recommandé par de Graefe (*Arch. f. ophth.*, t. IV, 2e partie, p. 84), faire à la sclérotique au voisinage et dans le sens de l'équateur une large plaie par ponction et contre-ponction à l'aide de son petit couteau à extraction linéaire. La ponction dans ce cas serait placée au bord inférieur du droit externe, la contre-ponction au bord externe du droit inférieur. Ceci devait donner une plaie large de plus de 1 centimètre, présentant les mêmes avantages que l'autre, et même un plus libre jeu des instruments.

J'avoue que mon hésitation était grande entre ces deux méthodes, et cela pour les raisons suivantes :

La direction et l'étendue de l'incision par la première méthode devaient en faciliter la réunion, car, dirigée exactement dans le sens de traction des muscles droits, elle avait une bien moindre tendance au bâillement ;

mais, d'autre part, ce qui pouvait être un avantage pour la réunion ultérieure, constituait un véritable inconvénient, non-seulement à la manœuvre des instruments, mais encore, si j'arrivais à saisir l'entozoaire, à la sortie intacte de ses différents organes. En effet, pour sortir par la plaie, il pouvait se faire que la vésicule dût d'abord se rompre, ou que l'animal, se trouvant dans une situation perpendiculaire à la direction de la plaie, ne pût être extrait qu'en se repliant en deux. En troisième lieu, je pouvais être obligé, pour l'extraire, d'exercer des tractions qui eussent pu amener sa segmentation et faire demeurer à l'intérieur du globe la tête et le cou qu'il ne m'eût plus été possible de retrouver, ce qui eût pu être cause de la reproduction de l'animal.

Par le second procédé, au contraire, j'obtenais une large plaie, qui, par sa situation et sa direction, avait une tendance spontanée à s'entre-bâiller largement, ce qui facilitait l'introduction des instruments dans différents sens et, une fois l'animal saisi, me permettrait de l'extraire en entier sans chance de le voir se déchirer.

Malheureusement pour moi, pendant les deux séjours prolongés que j'ai faits à Berlin, auprès de mon regretté maître de Graefe, je n'avais pas eu une seule fois l'occasion de voir le professeur faire cette extraction. Mais en revanche, M. le docteur Meyer, qui, comme je l'ai dit, assistait à l'opération, me fit part que lors de son dernier voyage à Berlin, en 1869, il avait été plus heureux que moi ; aussi, sur l'observation qu'il me fit, que, dans ce cas, de Graefe avait pu faire sortir de l'œil, sans le secours d'aucun instrument, le cysticerque enveloppé des opacités du corps vitré, je me décidai au mode opératoire décrit en second lieu.

Malgré tout le soin que je mis à faire la section le plus rapidement possible, pour tâcher d'obtenir la propulsion immédiate au dehors des opacités du corps vitré, et, si possible, du cysticerque, je ne pus y réussir, à cause du ramollissement notable du globe oculaire.

Aussitôt la contre-ponction faite, nous vîmes s'écouler sous la conjonctive et la soulever considérablement, un liquide jaune roussâtre très-fluide, et qui pouvait être, soit du corps vitré ramolli, soit, au contraire, le liquide épanché sous la rétine décollée. Aussitôt la section terminée, j'essayai, par quelques pressions douces sur le globe oculaire, de faire sortir les opacités ; mais ces tentatives restèrent inutiles. Je fis alors fermer les volets de la pièce, et je procédai à un examen à l'ophthalmoscope pour me rendre compte, si possible, de la position de l'entozoaire, avant d'introduire aucun instrument.

Je crus l'apercevoir dans la partie inféro-interne de la cavité oculaire, où se montrait une masse arrondie, blanchâtre, réfléchissant assez vivement la lumière. Prenant alors une pince capsulaire scléroticale, à écartement limité, de mon père, et faisant regarder la malade en haut, je me dirigeai vers le point où j'avais cru voir le cysticerque. J'ouvris la pince, la refermai, la ramenai au dehors..... Elle contenait entre ses mors un mince lambeau de fausse membrane blanchâtre. Je laissai un instant de repos à la malade, qui donnait les signes de la plus violente douleur, et au bout de quelques minutes, je procédai à un nouvel examen à l'ophthalmoscope.

Cette fois, je voyais bien au centre du corps vitré les masses opaques

et grisâtres que nous avons dit occuper cette région ; mais il me fut impossible d'apercevoir quoi que ce fût de semblable au cysticerque. De plus, l'introduction de la pince avait été suivie de l'écoulement dans l'œil de quelques gouttes de sang, qui rendaient maintenant toute la partie inférieure de la cavité oculaire impénétrable à la lumière. Pensant que le cysticerque pouvait être au milieu des opacités, je dirigeai vers celles-ci un crochet à extraction de de Graefe et je cherchai à les attirer au dehors. Pas plus que la précédente, cette tentative ne fut suivie de résultat.

Alors je me dirigeai de nouveau sur les opacités avec la pince ; cette fois je pus extraire de l'intérieur de l'œil un large lambeau membraneux, d'un gris rosé, que je crus être un lambeau de la rétine décollée, opinion qui ne fut pas partagée par mes honorables confrères, qui, vu l'absence de toute vascularisation, pensèrent que c'était bien là plutôt une fausse membrane, opinion fort soutenable surtout à cause de ce fait que la malade n'avait accusé ni douleur, ni sensations lumineuses subjectives au moment où j'avais attiré cette membrane hors de l'œil. De nouveau je laissai quelques minutes de répit à la malade, et me disposais à procéder de nouveau à un examen à l'ophthalmoscope, lorsque je vis apparaître dans le champ pupillaire, et à la lumière du jour, un reflet jaunâtre, chatoyant, en tout analogue à celui que j'avais déjà observé précédemment.

Pensant alors que c'était l'entozoaire qui venait de se mouvoir, je dirigeai les pinces directement sur cette opacité et l'attirai au dehors. Cette fois, je tenais bien réellement le cysticerque. La vésicule était intacte, le cou et la tête demi rentrés.

On appliqua sur l'œil un bandage contentif de charpie et bande de flanelle, et la malade fut reconduite à son lit.

L'opération avait duré trois quarts d'heure !

Nous examinâmes alors le cysticerque. Déjà, à l'œil nu, ces messieurs et moi avions pu apercevoir nettement les crochets et les ventouses, qui devinrent bien plus apparents lorsque nous mîmes l'animal sous le microscope (voy. fig. 2). Je pus dès lors m'assurer que le cysticerque avait été extrait entier.

La malade éprouva, immédiatement après l'opération, de violentes douleurs, qui continuèrent jusqu'à une heure assez avancée de la soirée, et contre lesquelles on administra 3 grammes d'hydrate de chloral, et une injection hypodermique de 1 centigramme d'acétate de morphine. Grâce à ces deux moyens, les douleurs s'apaisèrent et la malade put dormir pendant cinq heures consécutives.

Le bandage ne fut changé que le lendemain à deux heures. Un chémosis intense occupe toute la conjonctive. La pupille et la chambre antérieure sont nettes et larges. La plaie scléroticale présente un aspect satisfaisant. Les douleurs, qui s'étaient sensiblement calmées, ont reparu, mais avec bien moins d'intensité. Le soir, nouvelle injection de 1 centigramme d'acétate de morphine à la région temporale.

Le 14, la nuit a été calme : les douleurs n'ont pas encore complétement disparu, mais elles vont en diminuant. Le chémosis a un peu augmenté, et on l'incise largement à l'aide de ciseaux courbes.

Le 15, la nuit a été bonne. La malade n'avait pris hier soir que 2 grammes d'hydrate de chloral qui lui ont permis de reposer tranquillement. La plaie paraît complétement cicatrisée. Le chémosis est presque disparu. Même pansement.

Le 16, amélioration sensible. La malade, sur sa demande, quitte la clinique. La plaie est complétement cicatrisée. Le chémosis a totalement disparu ; il ne subsiste qu'une notable injection sanguine de la conjonctive. Pupille ronde, nette, noire. L'examen ophthalmoscopique montre le corps vitré sensiblement éclairci. Le fond de l'œil présente un

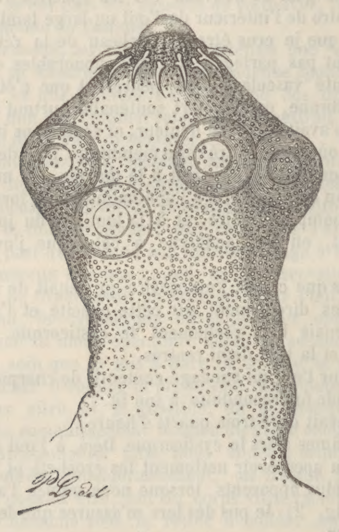


Fig. 2.

éclat rouge franc et prononcé. Mais néanmoins le trouble du corps vitré est encore trop considérable pour qu'on puisse voir nettement le fond de l'œil.

Le 18, les douleurs ont un peu reparu depuis hier. Le corps vitré semble encore éclairci. Vers le côté interne et inférieur du fond de l'œil, se voit un reflet nacré, brillant, reflèchissant fortement la lumière. Sirop Gibert, dont les effets contre les opacités du corps vitré sont réellement excellents.

Le 22, état stationnaire. Corps vitré sans changements. Vésicatoire volant avec acétate de morphine.

Le 25, état moins satisfaisant, au point de vue général. État local très-bon. Presque plus d'injection conjonctivale. Je puis apercevoir vers le côté externe de l'œil un vaisseau rétinien.

Aujourd'hui, 3 janvier 1872, on voit presque toute la cavité du

corps vitré occupée par des opacités notablement vascularisées. La pupille commence à se déformer transversalement et de bas en haut. L'œil est sensiblement plus mou, T-3. Il n'est pas douteux que l'œil est en voie de phthisie lente, mais régulièrement progressive.

Qu'il me soit permis de terminer cette longue note par quelques remarques qui me semblent intéressantes.

Ainsi que je l'ai déjà dit plus haut, tandis que dans notre pays les cas de cysticerque intra-oculaire sont d'une extrême rareté, il ne semble pas en être de même en Allemagne.

De Graefe, en effet, rapporte qu'en treize années, sur un total d'environ 80 000 malades, il en a observé 80 cas, soit 1 sur 1000 malades, auxquels il faut ajouter 3 cas dans la chambre antérieure, 1 cas dans le cristallin, 5 cas sous la conjonctive, 1 cas dans le tissu cellulaire orbitaire, en arrière de la paupière inférieure.

D'après de Graefe également, le cysticerque du corps vitré serait plus fréquent chez l'homme que chez la femme. 90 pour 100 des malades sont âgés de quinze à cinquante-cinq ans.

Enfin, je terminerai cet exposé en répétant ici une remarque historique de de Graefe, publiée par lui dans un de ses mémoires sur le cysticerque (*Arch. f. ophth.*, t. XII, 2e partie, p. 198), et que mon chef de clinique, M. Gros, a reproduite d'après une de mes leçons (*Gazette des hôpitaux*, 5 octobre 1871, n° 118) :

Il semble qu'aujourd'hui le cysticerque ait été observé dans presque toutes les parties de l'œil ou de ses annexes :

Observé pour la première fois dans la chambre antérieure, en 1830, par Sœmmering et Schott.

En 1830, sous la conjonctive, par Baum.

En 1841, sous l'épithélium de la cornée, par Cunier.

En 1847, sous la peau des paupières, par Sichel père.

En 1853, dans le corps vitré et dans la rétine, par de Graefe.

En 1863, dans le cristallin, par de Graefe.

En 1863, dans le tissu cellulaire de l'orbite, par de Graefe.

Enfin, il convient d'ajouter à cette énumération l'extraction faite par moi récemment d'un « *cysticerque enkysté sous la peau de l'extrémité interne du sourcil droit* ». (*Gaz. des hôp.*, loc. cit.)

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

peut être distingué par des qualités nullement remarquables. La pupille commence à se déformer transversalement et de bas en haut. L'œil est manifestement plus mou, T-1. Il n'est pas douteux que l'œil est en voie de phthisie lente, mais régulièrement progressive.

Telle est l'observation assez longue suivie par quelques remarques qui me semblent intéressantes.

Ainsi que je l'ai déjà dit plus haut, tandis que dans notre pays les cas de cysticerque intra-oculaire sont d'une extrême rareté, il ne semble pas en être de même en Allemagne.

De Graefe, en effet, rapporte qu'en treize années, sur un total d'environ 80 000 malades, il en a observé 80 cas, soit 1 sur 1000 malades, auxquels il faut ajouter 4 cas dans la chambre antérieure, 4 cas dans le cristallin, 5 cas sous la conjonctive, 1 cas dans le tissu cellulaire orbitaire, en arrière de la paupière inférieure.

D'après de Graefe également, le cysticerque du corps vitré serait plus fréquent chez l'homme que chez la femme. 90 pour 100 des malades sont âgés de quinze à cinquante-cinq ans.

Enfin, je terminerai en rappelant ici une remarque historique de de Graefe, publiée par lui dans un de ses mémoires sur le cysticerque (*Arch. f. ophth.*, t. XII, 2e partie, p. 198), et que mon chef de clinique, M. Cruse, a reproduite d'après une de mes leçons (*Gazette des hôpitaux*, 5 octobre 1871, n° 118) :

Il semble qu'aujourd'hui le cysticerque ait été observé dans presque toutes les parties de l'œil ou de ses annexes :

Observé pour la première fois dans la chambre antérieure, en 1830, par Sœmmering et Schott.

En 1836, sous la conjonctive, par Baum.

En 1841, sous l'épithélium de la cornée, par Canton.

En 1842, sous la peau des paupières, par Sichel.

En 1853, dans le corps vitré et dans la rétine, par de Graefe.

En 1854, dans le cristallin, par de Graefe.

En 1855, dans le tissu cellulaire de l'orbite, par de Graefe.

Enfin, il convient d'ajouter à cette énumération l'observation faite par moi récemment d'un cysticerque enkysté dans la paroi de [illegible] (*Gaz. des hôp.*, loc. cit.)

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.